



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italidomani
PIANO NAZIONALE
DI IMPRESA E RISERVA



MINISTERO DEL LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



DISTRETTO
SOCIO
SANITARIO N.27

Al Distretto Socio Sanitario 27
Presso il Comune di _____

ISTANZA DI AMMISSIONE

Progetto PNRR -Sub- Investimento 1.1.2 - Autonomia Degli Anziani Non Autosufficienti
Azione A -Progetti Diffusi- Appartamenti Singoli Non Integrati In Una Struttura Residenziale.

Il/La sottoscritto/a (COGNOME E NOME) _____,
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____,
residente nel Comune di: _____ (Prov. _____)
in via _____ n. ____, tel/cell _____,
Codice Fiscale _____
e-mail _____

CHIEDE

in qualità di beneficiario/a di essere ammesso/a alle prestazioni del progetto **PNRR -Sub-
Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti AZIONE A** e di poter
usufruire delle prestazioni di assistenza domiciliare, riqualificazione spazi abitativi e domotica
previste dal progetto

in alternativa

in qualità di (barrare la voce che interessa): familiare convivente tutore/curatore
 amministratore di sostegno persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente
(art. 4 DPR 445/2000)

del/della Sig./Sig.ra (COGNOME E NOME),

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/_____,
residente nel Comune di _____
in via _____ n. ____,

Codice Fiscale _____,
che questi/a venga ammesso/a, in qualità di beneficiario/a, alle prestazioni del progetto **PNRR -Sub-
Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti AZIONE A** e che possa poter
usufruire delle prestazioni assistenza domiciliare, riqualificazione spazi abitativi e domotica previste
dal progetto.

Documentazione da allegare alla domanda:

copia documento di identità in corso di validità dell'anziano/a;

copia documento di identità in corso di validità del richiedente (se persona diversa
dall'anziano/a);

Attestazione ISEE ristretto per prestazioni socio-sanitarie o in alternativa ISEE ordinario in
corso di validità;

certificazione attestante la disabilità/invalidità e accompagnamento, come meglio indicato nella
tabella di Stato di disabilità/invalidità riportata all'articolo 5, o, se ricorre il caso, certificazione



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italidomani
PIANO NAZIONALE
DI SVILUPPO E RESTAURAZIONE

MILANO
MINISTERO DEL LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI

 DISTRETTO
SOCIO
SANITARIO N.27

medica attestante la condizione di non autosufficienza

Luogo e data _____

(Firma leggibile)

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, che i dati raccolti sono trattati e conservati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", come previsto all'articolo 11 dell'Avviso.

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

N.B. La prestazione del consenso al trattamento dei dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti di ammissione, pena l'esclusione dalla procedura medesima.

Luogo e data

Nome e cognome del
richiedente